

Gesundheitsförderung fängt bei den Profis an

Klaus-Dieter Plümer, Norbert Schmacke

Kein Begriff in der Gesundheitsdiskussion wird so häufig benutzt wie das Wort Gesundheitsförderung. Für viele ist der Begriff nur ein neuer Modetrend und ein Marketinginstrument der Krankenkassen. Die derzeitigen Aktivitäten wie z. B. Rückenschulen und Nichtraucherкурse lassen auch nicht viel mehr vermuten. Doch Gesundheitsförderung geht eigentlich weit darüber hinaus.

Die Health-Promotion-Philosophie

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO)-Konferenz von 1986 gilt als Grundlage der Health-Promotion-Philosophie. Nach ihr könnte man Gesundheitsförderung bezeichnen als "einen Prozeß, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt". Um dies zu verwirklichen, riefen die Teilnehmer der Konferenz dazu auf, "die Gesundheitsdienste und verwandte Bereiche auf die Förderung von Gesundheit hin auszurichten sowie darauf hinzuwirken, daß diese ihre Macht und ihren Einfluß mit anderen Bereichen, anderen Berufsgruppen und vor allen Dingen mit den betroffenen Menschen selbst teilen". Es ist mit anderen Worten nicht die Rede von der Schaffung einer neuen Expertenrolle im Gesundheits- und Krankenversorgungsbereich, sondern ganz im Gegenteil von der Rückgabe der Expertenmacht an die Bevölkerung.

Um die Ziele der Ottawa-Charta zu erreichen, müssen auch außerhalb des Gesundheitswesens zahlreiche Weichen gestellt werden. Doch eine ganzheitliche Gesundheitsförderung wird zur Zeit weder in der Forschung noch in der Praxis vorangetrieben. Die Sozialwissenschaftler Kühn und Rosenbrock stellen im Fall der Präventionspolitik nüchtern fest, daß in

unserer Gesellschaft am ehesten Konzepte gefördert und finanziert werden, die die Ursachen von Krankheiten durch mikrobielle Erreger oder genetische Bedingungen untersuchen. Auch Programme, die auf Risikofaktoren und das individuelle Fehlverhalten wie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht abzielen, werden noch unterstützt. Der Ansatz, gesellschaftliche Bedingungen zum Gegenstand präventiver Maßnahmen werden zu lassen, wird jedoch kaum akzeptiert. "Nirgendwo ist das Geld knapper, sind die Legitimationskosten höher und die Beweislast schwerer als bei Versuchen, in Bereiche wie Arbeit, Verkehr und Wohnbedingungen oder soziale Probleme wie Armut, Erwerbs- oder Machtlosigkeit unter Gesundheitsaspekten zu intervenieren", schrieben Rosenbrock und andere 1994. Die Autoren sprechen auch vom Darwinschen Gesetz der Präventionspolitik.

Zu medizinisch orientiert

Diese Rangfolge der Wertschätzung von gesundheitsfördernden Programmen oder einer "gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik" entsteht immer wieder, wenn ökonomische Mächte und medizinische Ideologien zusammentreffen. Eine solche Sichtweise ist nicht nur bei Ärzten und Krankenkassenvertretern verbreitet, sondern findet sich auch bei den Patienten wieder, die sich gesundheitsfördernde Aktivitäten ohne Bezug auf das kurative Gesundheits-

Tendenz gesundheitsbewußter leben. Indem die Prämien der entsprechenden Kasse dadurch günstiger werden, erzeugt dieses Modell eine doppelte Sogwirkung: Einerseits wird das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung gefördert, und andererseits werden komplementäre medizinische Therapien gestärkt.

Anreize zu einem gesundheitsbewußten Verhalten

Allerdings werden die bisher angesprochenen Möglichkeiten der Krankenversicherung für sich allein nicht ausreichen, die Gesundheitsversorgung wieder in finanzierbare Bahnen zu lenken. Hierzu müssen sie zusätzlich darauf abzielen, bei den Versicherten einen bewußteren Umgang mit ihrer Gesundheit zu fördern. Eine naheliegende Möglichkeit besteht darin, denjenigen eine Prämienermäßigung zu gewähren, welche einige wichtige gesundheitsrelevante und nicht kurzfristig manipulierbare Kriterien erfüllen. Diese "Eckparameter der Gesundheit" sollten auf einfache Weise gemessen werden können, wie z. B. das Körpergewicht, die körperliche Fitneß, die Fähigkeit sich zu entspannen und die Suchtmittelfreiheit. Wer drei dieser vier Parameter erfüllt, erhält für zwei Jahre eine Ermäßigung von 20 Prozent auf die ordentliche Versicherungsprämie. Gleichzeitig mit der Messung wird eine umfassende Gesundheitsberatung angeboten. Personen, welche z. B. aufgrund einer Behinderung gar nicht drei von vier Kriterien erfüllen können, werden dabei nur scheinbar benachteiligt. Denn auch sie profitieren davon, wenn aufgrund eines verbesserten Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung die Krankenkassenprämien nicht immer weiter steigen. Zudem werden sie im Normalfall zu denjenigen gehören, die in überdurchschnittlichem Maß Leistungen aus dem Versicherungskollektiv beanspruchen.

Eine andere Möglichkeit, die Versicherten zu einem gesundheitsbewußteren Verhalten anzuregen, besteht darin, die Krankenkassenprämien gemäß dem Vorschlag von G. R. Brem zu splitten. Die eine Hälfte fließt, wie heute üblich, in einen Risikotopf aller Versicherten. Die andere Hälfte jedoch wird einem verzinslichen Sparkonto des Versicherten gutgeschrieben. Im Krankheitsfall werden die Leistungen zunächst aus dem individuellen Sparkonto bezahlt. Erst wenn dieses erschöpft ist, erfolgen die Zahlungen aus dem Risikotopf. Bleibt der Versicherte umgekehrt einigermaßen gesund, so sammeln sich auf seinem Sparkonto allmählich größere Beträge an. Wird eine gewisse Summe erreicht, so reduziert sich der Beitrag, der auf das eigene Sparkonto fließt, schrittweise - bis nur noch die Prämie in den Risikotopf entrichtet werden muß (siehe Abb. 2). Auch hier werden die Versicherten ein vermehrtes Bewußtsein für ihre Gesundheit entwickeln und dem Versichertenkollektiv nicht unnötig zur Last fallen. Selbstverständlich sind die verschiedenen Vorschläge miteinander kombinierbar und damit um so wirksamer. Im besonderen gilt dies für HMOs, Gesundheitstests und das Prämiensplitting.

Gleichstellung von ambulantem und stationärem Bereich

Als weitere wichtige Veränderungsmöglichkeit im Bereich der Krankenversicherung ist schließlich anzustreben, der Kostenverzerrung zwischen ambulantem und stationärem Bereich entgegenzuwirken. Diese entsteht dadurch, daß der Staat Krankenhäuser und Kliniken finanziell unterstützt und damit verbilligt. Obwohl ein Krankenhausaufenthalt wesentlich teurer ist als eine ambulante Therapie, kann es für die Krankenkasse billiger sein, wenn ihr Mitglied stationär und nicht ambulant behandelt wird. Entsprechend hoch bzw. lang sind in der Schweiz oder der Bundesrepublik Deutschland die Krankenhausaufenthalte. Dies ließe sich z. B. ändern, wenn die Krankenkassen vorerst die vollen Kosten sowohl bei den stationären als auch bei den ambulanten Behand-

lungen übernehmen. Sie erhalten jedoch einen Prozentsatz, welcher beitragsmäßig ungefähr den heutigen öffentlichen Subventionen entspricht, rückvergütet. Das schließt nicht aus, daß die Kostenentwicklung weiterhin und zusätzlich durch Globalbudgets und/oder Fallpauschalen für die häufigsten Operationen in Grenzen gehalten wird.

Die Kostenexplosion zwingt zum Handeln

Natürlich werden diese Maßnahmen zur Kosteneinsparung zunächst bei denjenigen auf Widerstand stoßen, für die das Gesundheitswesen derzeit eine unerschöpfliche Verdienstquelle darstellt. Je unbezahlbarer die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung jedoch werden wird, desto mehr wird der Kostendruck dazu führen, neue Lösungen ins Auge zu fassen.

Die einzige Alternative dazu bestünde darin, die medizinische Leistung einzuschränken oder eine Zweiklassenmedizin zu akzeptieren, mit zweifelhaften spitzenmedizinischen Leistungen für Wohlhabende und einer staatlichen Einheitsversorgung für die unteren Bevölkerungsschichten. Demgegenüber bedeutet eine integrale, umfassende Medizin mit hohem Gesundheitsbewußtsein der Patienten nicht nur für alle viel Wahlfreiheit, sondern gewährleistet auch eine medizinische Versorgung, die wieder in erster Linie der Gesundheit und nicht mehr bloß dem Verdienstobjekt Krankheit dient.



Anschrift des Verfassers:
Dr. oec. Hans-Peter Studer
Rickstr. 31
CH-9037 Speicherschwendi

*Weitere Ausführungen zu dem Thema sind in dem Buch des Autors zu lesen:
Studer, H.-P.: Gesundheit in der Krise. Fakten und Visionen.
Academia Alpina Medicinae Integralis, Breganzona, Schweiz 1995*

system nicht mehr vorstellen können. Dies ist der tieferliegende Grund dafür, daß alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Zweifelsfalle immer wieder in die Arztpraxis münden. Die Ärzteschaft weiß das zu schätzen. In einer Stellungnahme der Bundesärztekammer zur »Gesundheitsförderung als Aufgabe der Heilberufe« wird eindrucksvoll unterstrichen, daß alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung "originäre Aufgabe des Arztes in Zusammenarbeit mit anderen Heilberufen" sind. Die weite Verbreitung der Rückenschulen bestätigt die Entwicklung ebenso wie bestimmte Tendenzen im gesundheitlichen Umweltschutz. Im ersten Fall warten die Orthopäden auf neue Kunden, im zweiten Fall ist eine neue Spezialdisziplin, die Umweltmedizin, im Entstehen.

Dementsprechend besteht die derzeit praktizierte Gesundheitsförderung hauptsächlich darin, den Menschen an einem vorwiegend biomedizinisch orientierten Krank/Gesund-Raster in altbekannter gesundheitserzieherischer Manier vorzugeben, welcher einzelne Schritt ihres Alltagslebens als gesunderhaltend oder krankmachend zu bewerten ist. Es verwun-

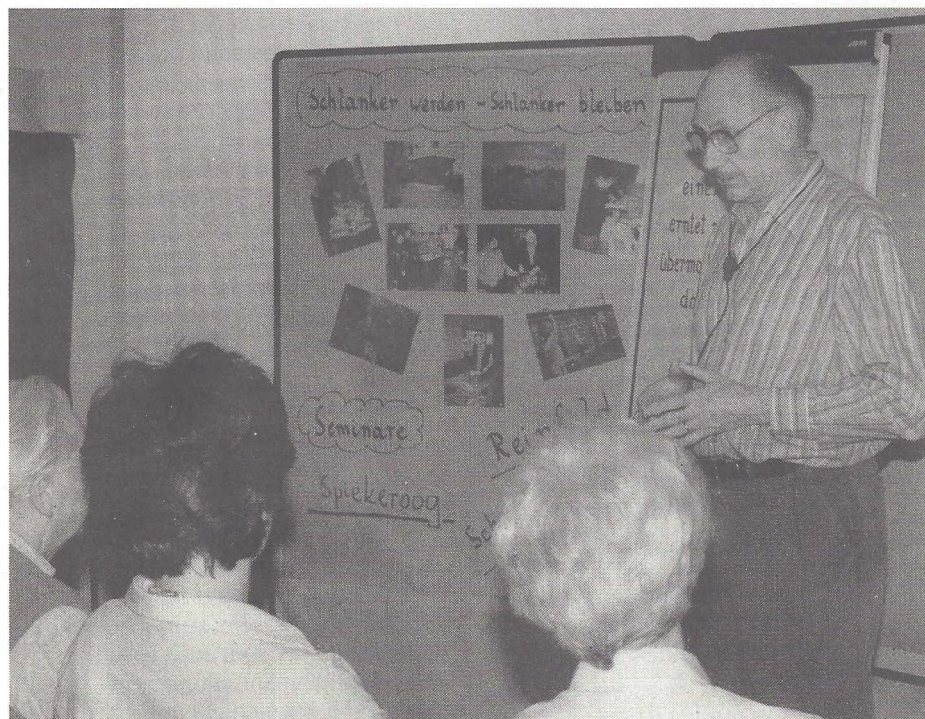
dert daher auch nicht, daß die Palette der Gesundheitsthemen in der Regel über die Bereiche Essen, Trinken, Rauchen und Bewegung nicht hinauskommt. Gesundheitspolitisch wird damit dem postmodernen Trend Vorschub geleistet, die gesundheitlichen Folgekosten der industriellen Lebensweise auf die davon Betroffenen abzuwälzen bzw. der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten zuzumuten. Die Krankenkassen versuchen über Bonus-Malus-Regelungen dann "gesundheitliche Eigenverantwortlichkeit" zu honorieren bzw. zu sanktionieren. Gesundheit wird so zu einem individuell zurechenbaren Gut, für dessen Pflege und Erhaltung jeder Mensch natürlich nach Maßgabe von Ärzten und anderen Gesundheitsexperten selbst verantwortlich ist.

So wie Gesundheitsförderung derzeit durchgeführt wird, bleibt sie weit hinter dem progressiven Gesundheitsverständnis der Ottawa-Charta zurück. Auch wenn seit 1986 sicherlich Erfolge zu verzeichnen sind, so resümiert die Direktorin der WHO *Ilona Kickbusch* kritisch, daß in vielen Ländern immer noch von den Verantwortlichen am personenbezogenen, nachweislich ineffektiven

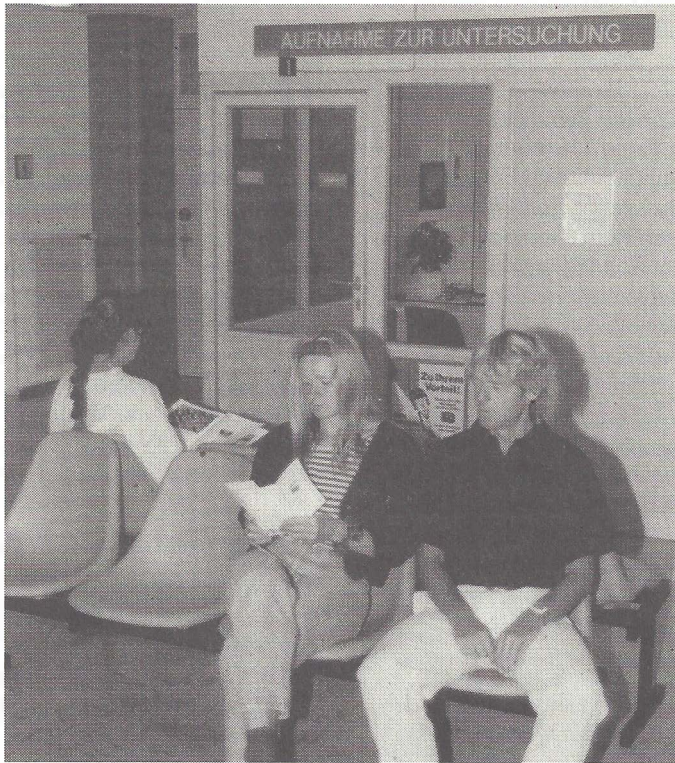
Konzept der Gesundheitserziehung festgehalten werde und es noch nicht gelungen sei, Gesundheitsförderung zu einem Kernelement moderner Gesundheitspolitik werden zu lassen. Diese Entwicklung liegt aber nicht in der Verantwortung des nach wie vor zukunftsweisenden Entwurfs der Health Promotion, sondern vielmehr an der eigenwilligen Umsetzung durch Gesundheitsexperten und das etablierte Gesundheitssystem. Derzeit bereitet die WHO eine Ottawa II Konferenz vor, die der Bewertung und Weiterentwicklung von Konzepten zur Gesundheitsförderung dienen soll.

Bei den Problemen der Menschen ansetzen

Um die derzeitige Situation im Gesundheitswesen zu verändern, müßte zunächst die willkürliche Trennung von Krankheit und Gesundheit aufgehoben werden. "Krankheit schließt Gesundheit ein, und Gesundheit wird durch Krankheit nicht aufgehoben, solange Gesundheit auch die Teilhabe an Rechten, Freuden, Sinnhaftigkeit und Wertschätzung bedeutet", stellt der Psychologe *Gunter Herzog* fest. Es muß anerkannt werden, daß es sowohl den gesunden Kranken wie den kranken Gesun-



Gemeinsam mit den Betroffenen müssen die Ursachen für Gesundheitsstörungen ermittelt und Lösungen gefunden werden.



Zahlreiche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung enden letztendlich wieder in der Arztpraxis.

Foto: S. Weigt

den gibt. Darüber hinaus kommt es darauf an, entgegen dem Gesundheitskult und der Macht der Experten dem Menschen die Verantwortung zurückzugeben.

In der Gesundheitsförderung geht es um drei ganz zentrale Punkte:

- Es sollte bei den Problemen, Wünschen und Bedürfnissen der Menschen angesetzt werden. Diese sollten hinreichend verstanden und angemessen beantwortet werden können.
- Menschen müssen ermutigt werden, sich aktiv an der Veränderung und Gestaltung ihrer Lebensumstände zu beteiligen, um sich gesund zu erhalten.
- Gesundheitsförderung kann nur als eine kooperative Veranstaltung gelingen. Es muß ein Prozeß in Gang gesetzt werden, in dem Menschen mit gleichen Interessen oder Sorgen gemeinsame Ziele bestimmen und andere zum Mitmachen motivieren. Dadurch könnten alle dazu beitragen, die politische Macht in der Gemeinde neu zu ordnen.

Es gibt zugegebenermaßen nur wenige Beispiele von Prävention, die in diese Richtung gehen. So z. B. das Busfahrerprojekt in San Francisco: Auf die Klagen von Angestellten über hohen Blutdruck und Beschwerden am Bewegungsapparat reagierten die Experten nicht mit dem typischen medizinischen Interventionsprogramm. Vielmehr ließen sie sich von den Busfahrern ihre Schwierigkeiten berichten und versuchten daraufhin, die "Tyrannei des Fahrplans" zu verändern, welche von den Busfahrern selbst als das Hauptproblem bezeichnet worden war. Auch in der nordenglischen Gemeinde Warrington lief ein ähnliches Projekt: Gemeinsam mit den lokalen Gesundheitsbehörden analysierten die Bewohner ihre gesundheitliche Lage. Anhand der Ergebnisse wurden dann gesundheitsförderliche Maßnahmen eingeleitet, die sich an den Problemen der dort lebenden Menschen ausrichteten.

Kleinräumige, auf Stadtteilebene und Wohnquartiere bezogene Analysen der gesundheitlichen Lage,

die bei den Problemen der Anwohner ansetzen und diese miteinbeziehen, sind noch seltene Ausnahmen und entstehen meistens im Rahmen von Forschungsprojekten.

Gesundheitszirkel im Betrieb - ein guter Ansatz

Zu dem genannten Darwinschen Gesetz der Prävention kommt hinzu, daß derartige Projekte ungleich schwerer auszuwerten sind als medizinentrierte Ansätze und Einzelstudien. Gerade deswegen ist es nötig, daß genau solche Projekte gefördert werden, in denen die Bildung, soziale Kompetenz und Unterstützung wie die Ermutigung zu gesellschaftlichem Handeln im Mittelpunkt stehen. Genau an diesem Punkt knüpfte der amerikanisch-israelische Wissenschaftler *Aaron Antonovsky* mit seinem Salutogenesekonzept an: Nach einem Leben als Streßforscher mußte er selbstkritisch feststellen, daß eigentlich immer nur die Kranken und ihre Krankheiten ins Blickfeld des allgemeinen Forschungsinteresses geraten. Ignoriert, ja systematisch ausgeklammert würden alle Fälle, bei denen sich unter gleichen allgemeinen Rahmenbedingungen und vergleichbaren Lebenskontexten keine entsprechenden Krankheitssymptome ausprägten. Hier finden sich Ansatzpunkte, um Ressourcen und Potentiale für Gesundheit zu erforschen und ausfindig zu machen. Damit könnte der von dem amerikanischen Public Health Professor *Lowell S. Levin* bereits 1982 prognostizierten allgegenwärtigen "Gefahr der Medikalisierung des sozialen Lebens und damit der Herausbildung einer neuen Form von sozialer Kontrolle" entgegengewirkt werden.

Am besten ist dies heute für den betrieblichen Bereich im Rahmen der Gesundheitszirkel entwickelt. In diesen Zirkeln setzen sich Vertreter von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Betriebsarzt zusammen, um eine bessere, zufriedenstellendere und damit auch gesünderen Arbeitsorganisation zu entwickeln. Dies geht nicht immer reibungslos vonstatten, denn schließlich sollen auch effektive Arbeitsergebnisse erzielt werden.

Aber bemerkenswert ist dabei, daß Handlungs- und Entscheidungskompetenz zu großen Teilen wieder an die Arbeitenden zurückgegeben werden. Weitaus seltener sind vergleichbare Ansätze im kommunalen Raum verbreitet. Dies nicht nur, weil überregionale und lokale politische Interessen praktikable Problemlösungen behindern, sondern auch, weil der kommunale Raum ungleich schwerer zu fassen ist als ein Betrieb. Dies waren unter anderem Gründe, wieso einige deutsche Städte, z. B. Bremen und Düsseldorf, aus dem Gesunde-Städte-Projekt der WHO ausgestiegen sind. Bei diesem Projekt soll auf kommunalpolitischer Ebene mit allen gesellschaftlichen Gruppen ein gesundheitsfördernder Lebensraum geschaffen werden.

Demgegenüber scheint der Setting-Ansatz der WHO größere Chancen auf vorzeigbare Ergebnisse zu haben. Dieses Modell der Gesundheitsförderung versteht sich auch als Organisationsentwicklung. Das heißt, eigenständige, institutionalisierte Lebensbereiche - Settings - werden als gesundheitsrelevante Lebens- und Wirkräume angesehen, in denen die darin tätigen Menschen selbst ein gesundes Umfeld schaffen. Dazu zählen Projek-

te wie "Gesundheitsförderndes Krankenhaus", "Gesundheitsfördernde Schulen" und die schon erwähnte "Gesundheitsförderung im Betrieb".

Gesundheitsförderung muß über Kursangebote hinausgehen

Diese kritischen Bemerkungen sollen nicht so mißverstanden werden, daß die beliebten Fitneß- und Ernährungskurse unnötig seien. Zu fragen ist vielmehr, in welchem Umfang die Kursangebote tatsächlich ein selbständigeres und gesundheitsbewußteres Leben ermöglichen oder ob sie zu neuen Abhängigkeiten gegenüber Ärzten und Therapeuten führen, die sich dann oft sogar als Quellen neuer, vor allem psychosomatischer Krankheitsbilder erweisen. Auch in der postmodernen und nachsozialistischen Epoche dürfte gelten, was der Philosoph *Ernst Bloch* vor etwa fünfzig Jahren formuliert hat: "Gesundheit ist etwas, das gewonnen, nicht verbraucht werden soll. Schmerzlos, langes, bis ins höchste Alter, bis in einen lebenssatten Tod aufsteigendes Leben steht aus, wurde stets geplant. Wie neu geboren: Das meinen die Grundrisse einer besseren Welt, was den Leib angeht. Die Menschen haben

aber keinen aufrechten Gang, wenn das gesellschaftliche Leben selber noch schief liegt."



Anschrift der Verfasser:
Dipl.-Sozialwirt Klaus-Dieter Plümer, Referent Gesundheitsförderung und Management;
Dr. med. Norbert Schmacke, Leiter der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
Postfach 25 02 51
D-40093 Düsseldorf

Literaturangaben:

- BLOCH, E.: Das Prinzip Hoffnung. Bd. 2, 7. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt am Main 1980
- Bundesärztekammer (Hrsg.): Gesundheitsförderung als Aufgabe der Heilberufe, Stellungnahme der Bundesärztekammer. In: Deutsches Ärzteblatt 47/90, S. B2344-B2346, 1993
- HERZOG, G.: Über das Unrecht, krank zu sein. In: Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie. Band XI, S. 244-256, Solms Oberbiel 1994
- KICKBUSCH, I.: Health promotion: the way forward. In: Health Promotion International 1/10, S. 1-3, 1995
- KÜHN, H.: Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. edition sigma, Berlin 1993
- LEVIN, L. S.: Die Erforschung von Lebensweisen und Strategien zur Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung mediatisierender Strukturen. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung. Band 5, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Köln 1983, S. 19-27
- PLÜMER, K.-D.: Der Gesundheit auf der Spur - Salutogenese versus Pathogenese. Das "Sense of Coherence" Konzept von Aaron Antonovsky, unveröff. Ms., Düsseldorf 1993
- RAPPAPORT, J.: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit - Ein sozialpolitisches Konzept des Empowerment anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2, S. 257-278, 1985
- RAWSON, D.: The growth of health promotion theory and its rational reconstruction. Lessons from the philosophy of science. In: Burton, R. and Madcock, G. (Hrsg.): Health Promotion. Disciplines and Diversity. Routledge, London, New York 1992
- ROSENBROCK, R.; KÜHN, H.; KÜHLER, B. M. (Hrsg.): Präventionspolitik - gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. edition sigma, Berlin 1994
- SCHMACKE, N.: Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Zumutung, Unmöglichkeit oder Notwendigkeit? In: Kaupen-Haas, H.; Rothmal, Ch. (Hrsg.): Sozialhygiene und Public Health, Bd. 3 (Doppelcharakter der Prävention), Mabuse, Frankfurt (i.E.)
- SNEE, K. (Hrsg.): Dallam on Health. A Report by the Steering Group. Warrington 1991
- STUMM, B.; TROJAN, A.: Gesundheit in der Stadt - Modell-Erfahrungen-Perspektiven, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1994
- Weltgesundheitsorganisation: Die Ottawa-Charta. Übersetzt von Helmut Hildebrandt. In: Grenzen der Prävention. AS 178. Argument, Hamburg 1988, S. 145-150

Gesundheitsbericht für Deutschland

1998 soll der erste Basisgesundheitsbericht für Deutschland erscheinen. Das Robert-Koch-Institut trägt derzeit gemeinsam mit dem statistischen Bundesamt und vier privaten Institutionen die wichtigsten gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Erkenntnisse und Entwicklungen zusammen. Der Gesundheitsbericht soll über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung informieren, insbesondere über Gesundheitsgefahren, Risikofaktoren, Krankheiten und deren Folgen. Darüber hinaus wird er auch über Einrichtungen und Beschäftigte des Gesundheitswesens sowie deren Leistungen und Kosten berichten. Die Daten sollen Entscheidungsträgern als Grundlage für politisches und ärztliches Handeln dienen. Aber auch für Wissenschaft und Öffentlichkeit soll das Werk fundierte Informationen über den Gesundheitszustand der Nation bieten.